

18443
PE 443

HUMBERTO JORGE DA SILVA

TORÇÃO DO TESTÍCULO

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS
1998**

HUMBERTO JORGE DA SILVA

TORÇÃO DO TESTÍCULO.

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Coordenador do Curso: Edson José Cardoso
Orientador: José Antonio de Souza
Co-Orientador: Edevard José de Araújo**

**FLORIANÓPOLIS
1998**

Silva, Humberto Jorge. *Torção de testículo*. Florianópolis, 1998.
19p.

Trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Medicina, - Universidade
Federal de Santa Catarina.

1. Testículo. 2. Torção. 3. Criança.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao meu pai e à minha mãe , os meus verdadeiros amigos, pelas orações, pelo apoio nas horas difíceis, pelo amor e pelas lições de honestidade, humildade e gratidão.

Ao meu Co-orientador e amigo, por sua paciência, sua sabedoria e pelo bom relacionamento que tivemos no decorrer deste estudo.

Ao companheiro e professor de Anatomia Geraldo Morgado Fagundes por toda a ajuda durante a Faculdade.

Aos colaboradores deste trabalho: Dr. Waltamir Horn Hülse e Dr. Nívio Pascoal Teixeira.

E, finalmente ao meu Orientador, pelas excelentes aulas ministradas, pela sua humanidade e pela grande ajuda que vem me prestando.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	4
3. MÉTODO	5
4. RESULTADOS	7
5. DISCUSSÃO	12
6. CONCLUSÃO	16
7. REFERÊNCIAS	17
RESUMO	
ABSTRACT	
APÊNDICE	

1. INTRODUÇÃO

A torção do testículo (TT), mais corretamente denominada torção do cordão espermático (TCE) foi primeiramente identificada e descrita por DELASIAUVE, em 1840 ^{12,18}.

Desde então o trabalho de maior impacto sobre o tema foi o de KRARUP, em 1978. Avaliando o espermograma de 19 homens que haviam sofrido torção unilateral do cordão espermático, o autor verificou anormalidades em 18 deles, sugerindo que os mesmos seriam inférteis ^{2,7,18}.

Três hipóteses surgiram para explicar o prejuízo da função testicular após uma torção unilateral: a) lesões isquêmicas em ambos os testículos resultariam de episódios prévios de torção (ANDERSON e WILLIAMSON, 1990); b) ambos os testículos seriam portadores de defeitos preexistentes condicionando-os a uma alteração da espermatogênese e à torção (KRARUP, 1978); c) a torção unilateral poderia afetar o testículo contralateral (WALLACE, GUNTER, LANDON, PUGH e IHENDRY, 1982) ^{12,14,18}.

Esta afecção cursa freqüentemente com dor de início agudo em bolsa escrotal, hiperemia e aumento de volume. Isso caracteriza a síndrome escrotal aguda que pode ter como causa, além da TCE, outras afecções como: epididimite, torção de apêndice testicular ou torção da hidátide de Morgani, orquite, ruptura traumática do testículo e celulite escrotal ^{7,8,9,10,12,13,14,15,16,17,18}. O cordão espermático também pode estar aumentado e ainda existir um certo grau de hidrocele. Em alguns pacientes também se observa um quadro de dor abdominal ^{1,7,8,10,18}.

A TT pode ocorrer em qualquer idade, mas apresenta 2 picos de incidência: o primeiro inicia-se no período neonatal, prorrogando-se até o primeiro ano de vida; o segundo ocorre entre os 8 e 15 anos de idade ¹⁸.

No primeiro período é mais comum a torção extravaginal, que representa 5% do total das torções. Ocorre por falta de fixação do testículo e envoltórios à parede escrotal. A torção no período neonatal pode passar despercebida por ser pouco dolorosa nesta faixa etária e também por ser frequente a presença de edema em bolsa escrotal sem que exista torção testicular ^{7,8,10,16}.

No segundo pico de incidência a torção intravaginal, quando o testículo e o epididímo giram dentro da túnica vaginal, é bem mais comum ^{8,12,16,21}.

Existem algumas condições congênitas que predis põem à torção, como: descida incompleta do testículo, cordão longo, gubernáculo ausente ou longo, fixação alta da túnica vaginal (badalo de sino) e a inserção intravaginal do músculo cremáster ^{7,8,10,12,16,18}.

A grande maioria dos autores, considera ser maior acometimento no lado esquerdo, pelo cordão ser mais longo, aumentando com isto a sua mobilidade e consequentemente tornando-o mais vulnerável ^{16,18}.

A torção de testículo é pelo menos 10 vezes mais freqüente em testículos não-descidos ¹⁸.

A principal característica da torção do cordão espermático é a ausência de fluxo sanguíneo e com isso, qualquer método diagnóstico que possa demonstrar essa alteração, torna-se extremamente útil para chegar-se a um diagnóstico definitivo.

A cintilografia do testículo com tecnécio (^{99m} Tc) e o exame ultrassonográfico com doppler são de grande auxílio no diagnóstico. O exame ultrassonográfico com doppler colorido é atualmente o método mais preciso para o diagnóstico, pois permite uma alta resolução da anatomia vascular do testículo, podendo distinguir áreas de fluxo sanguíneo aumentado ou diminuído,

bem como diferenciar o fluxo sanguíneo da parede escrotal do fluxo do parênquima testicular^{10,11,12}. Este exame apresenta uma especificidade aproximada de 89,4%, chegando em alguns estudos a marca dos 100%^{10, 11, 12,13,14,18}. Infelizmente, são exames que nem sempre estão disponíveis em uma emergência onde cada minuto conta para a viabilidade do testículo.

O tratamento tem como principal objetivo a manutenção do testículo torcido, bem como a prevenção da torção no testículo contralateral. Para isto, torna-se necessário um tratamento mais agressivo, com a exploração cirúrgica precoce do escroto para que a destorção seja realizada nos casos confirmados, visando a recuperação da vascularização do testículo acometido, tendo como meta final a preservação da sua viabilidade. Nem sempre isso é possível, pois alguns testículos já se encontram necrosados no momento do ato cirúrgico e, nesse caso, preconiza-se como tratamento a orquiectomia, com a fixação do testículo contralateral. Nos quadros de TCE com evolução de até 5 horas, o percentual de recuperação oscila em torno de 80% e quando a evolução clínica é superior a 10 horas, o percentual cai para 20%. Daí a importância em realizar a exploração cirúrgica o mais breve possível^{1,7,8,9,10,11,12,13,16}.

Vale a pena salientar que mesmo com a negatividade do exame, se a suspeita de TCE for consistente, está indicada a exploração cirúrgica de bolsa escrotal, mesmo com a possibilidade de encontrar um testículo normal^{7,8,9,10,11,12,13,14,15,18}.

Por ser a TCE a maior causa urológica das emergências pediátricas, deu-se início a este estudo com a finalidade de avaliar a situação atual do testículo acometido, e a do contralateral.

2. OBJETIVO

Avaliar a situação atual do testículo acometido e/ou do contralateral de pacientes que sofreram torção na idade pediátrica.

3. MÉTODO

Estudo transversal, retrospectivo e descritivo de crianças operadas com diagnóstico de torção do testículo, no período de janeiro de 1980 a dezembro de 1997.

Os pacientes tiveram seus registros localizados no centro cirúrgico do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG). Posteriormente, foram revisados os prontuários obtidos no Serviço de Arquivos Médicos (SAME) deste hospital, com preenchimento de uma ficha individual com dados dos mesmos.

Após isso, o estudo foi submetido à aprovação do Centro de Estudos Miguel Salles Cavalcanti (CEMSC) e da Comissão de Ética. Com a aprovação concedida e uma vez identificado e confirmado o diagnóstico, foi emitida uma correspondência aos pacientes e agendamento de uma consulta no ambulatório de urologia do HIJG.

O paciente e/ou responsável foi(ram) esclarecido(s) sobre o trabalho e, após o consentimento, foi realizado um exame físico.

Finalizado o exame físico e respondidos os possíveis questionamentos, foi solicitado um estudo ultrassonográfico escrotal. O estudo foi realizado por apenas um profissional, mediante o preenchimento de uma ficha.

Pacientes com idade de 16 ou mais anos foram conscientizados da importância de um estudo seminal para evidenciar possíveis anormalidades.

Foi feito um estudo comparativo entre os pacientes com torção testicular, observando as possíveis alterações morfológicas e funcionais do testículo acometido e/ou do contralateral, primeiramente no exame físico com auxílio do orquídometro de PRADÉ e depois com a realização de exames complementares (ultrassonografia e espermograma).

Os dados coletados foram: idade em que ocorreu a torção testicular, exame físico, achado cirúrgico, exame ultrassonográfico, exame laboratorial (espermograma) para os pacientes acima de 16 anos.

4. RESULTADOS

Dos 82 pacientes com hipótese diagnóstica de torção testicular, 38 tiveram o diagnóstico confirmado no trans-operatório. Desses 38 pacientes, 11 foram localizados. Dos pacientes localizados, 1 negou-se a comparecer ao hospital. Alegou ser assintomático e ter uma filha.

Foram analisados 10 pacientes, 2 deles sem retornar com exames solicitados. Oito pacientes além de examinados foram investigados com ultrassonografia. Desses, 4 realizaram também o espermograma por apresentarem idade igual ou superior a 16 anos.

Tabela I – Pacientes com diagnóstico de torção testicular, distribuídos de acordo com a idade (em anos).

IDADE	Casos	Percentual
0 - 2	5	13,15%
2 - 4	4	10,52%
4 - 6	3	7,89%
6 - 8	5	13,15%
8 - 10	5	13,15%
10 - 12	4	10,52%
12 - 14	11	28,94%
14 - 16	1	2,68%
Total	38	100,00%

Tabela II – Pacientes com diagnóstico de torção testicular, distribuídos de acordo com o lado do testículo acometido.

Lado acometido	Nº de casos	Percentual
Esquerdo	26	68,43%
Direito	12	31,57%
Total	38	100,00%

Tabela III – Pacientes com diagnóstico confirmado de torção testicular, distribuídos de acordo com o procedimento cirúrgico realizado.

Procedimento	Nº de casos	Percentual
Destorção + Fixação do lado acometido e do contra-lateral	04	10,52%
Orquiectomia + Fixação contra-lateral	32	84,21%
Orquiectomia	02	5,26%

Quadro I – Pacientes com diagnóstico confirmado de torção testicular, submetidos ao exame físico do testículo acometido e do contralateral. De acordo com o orquidômetro de PRADE.

Caso	Testículo acometido	Testículo contra-lateral
1	Impalpável	Normal
2	Impalpável	Normal
3	Normal *	Normal
4	Impalpável	Hipertrófico
5	Impalpável	Normal
6	Prótese	Normal
7	Impalpável	Hipertrófico
8	Impalpável	Hipertrófico
9	Impalpável	Normal
10	Hipotrófico **	Normal

*O testículo acometido do caso 3 encontrava-se normal ao exame físico (textura e orquidometria).

** O testículo acometido do caso 10, ao exame físico, apresentava-se com volume diminuído.

Os testículos que não foram palpados, deveu-se a orquiectomia prévia a que foram submetidos.

Quadro II – Pacientes com torção de testículo de acordo com a avaliação volumétrica e aspecto do testículo contra-lateral com base no exame físico (orquidômetro de PRADE) e estudo ultrassonográfico.

Caso	Aspecto	Volume do orquidômetro (mm3)	Volume Ultrassonográfico (mm3)
1	Normal	20 (N *)	10,2 (N)
2	Normal	20 (N *)	10,7 (N)
3	Normal	25 (N *)	10,3 (N)
4	Hipertrófico	30 (H**)	15,6 (H)
5	Normal	03 (N*)	0,38 (N)
6	Normal	25 (N*)	10,6 (N)
7	Hipertrófico	30 (H**)	13,1 (H)
8	Hipertrófico	25 (H**)	12,4 (H)
9	Normal	20 (N*)	NR***
10	Normal	20 (N*)	NR***

*N = volume normal do testículo de acordo com a idade do paciente

**H = volume aumentado do testículo de acordo com a idade (hipertrófico).

***NR = não realizou

Quadro III – Pacientes com diagnóstico confirmado de torção testicular, sendo submetidos a análise do espermograma.

	Caso I	Caso II	Caso III	Caso IV
Cor	Opalescente	Opalescente	Opalescente	Opalescente
Aspecto	Normal	Normal	Normal	Normal
pH	8,0	7,5	8,0	7,5
Volume	2,1ml	3,5ml	2,8ml	1,0ml
Viscosidade	Normal	Normal	Normal	Normal
Coagulação	10'	25'	10'	15'
Odor	Sui-generis	Sui-generis	Sui-generis	Sui-generis
Liquefação primária	+	+	+	+
Liquefação secundária	+	+	+	+
Espermatozóides	18,560000/ml	28,960.000/ml	11.920.000/ml	53.600.000/ml
Viabilidade	51%	75%	60%	76%
Morfologia normal	85%	84%	80%	86%
Motilidade rápida e progressiva	45%	80%	55%	95%
Imotilidade	35%	5%	15%	5%

5. DISCUSSÃO

Poucos pacientes da série foram localizados. Um desses recusou-se à reavaliação.

A idade do acometimento mostrou uma incidência menor do que a literatura refere como sendo o primeiro pico, que vai desde o período neonatal, até o primeiro ano de vida, ocorrendo em apenas 2 pacientes neste estudo. Contudo, o pico de maior incidência se deu dos 8 aos 15 anos de idade com um percentual de 65,24 %, coincidindo com os dados da literatura ^{7,8,9,10,12,14,18}.

Quanto ao lado acometido, observou-se que o esquerdo teve um maior número de casos, com um percentual de 68,43 % contra 31,57 % do lado direito, dando uma proporção de 2:1, criando uma certa divergência com a literatura que refere apenas uma discreta predominância da incidência da torção no testículo esquerdo, em relação ao direito. Como já mencionado neste lado o cordão é mais longo, conferindo ao testículo uma maior mobilidade ^{7,9,12,18}.

O tipo de procedimento realizado nos pacientes que sofreram torção de testículo se deu do seguinte modo: destorção e fixação do lado acometido com fixação do contralateral em 04 pacientes (10,52 %). Normalmente a destorção é realizada quando é sugerida a viabilidade do mesmo. Na grande maioria dos casos ocorreu a orquiectomia do lado acometido, com a fixação contralateral (84,21 %), devendo o cirurgião, no momento do ato cirúrgico, ter constatado a inviabilidade do testículo acometido. Segundo alguns autores a maior causa de necrose irreversível é a demora no diagnóstico e na conduta cirúrgica ^{1,3,4,6,7,8,9,10,13,15,16,18}.

O que surpreendeu foi a conduta tomada em 2 casos, onde foi realizada a orquiectomia do lado acometido, sem ser feita a fixação contralateral, e sem ter tido nos prontuários destes 2 pacientes, justificativa para esta conduta. Isso

diverge com a literatura, pois a fixação contralateral objetiva a prevenção de uma torção futura nos pacientes ^{1,3,7,8,9,12,13,17,18}.

Dos 10 pacientes, 2 tiveram seus testículos acometidos preservados, constatando-se ao exame físico 1 palpação normal (testículo acometido do caso 3), posteriormente confirmado pelo exame ultrassonográfico; e um testículo hipotrófico (testículo acometido do caso 10) que infelizmente, por recusa do próprio paciente e de seu responsável, tornou-se impossível a realização dos exames complementares.

O exame físico desses 10 pacientes mostrou hipertrofia testicular contralateral em 3 casos (4,7 e 8), contradizendo os dados da literatura, que referem ser a hipertrofia vicariante do testículo, um achado muito frequente nos pacientes submetidos à orquiectomia, explicando assim, o mecanismo compensatório do testículo preservado na tentativa de suprir a falta do contralateral ^{1,2,3,4,5,6,7,9,10,16}. Quanto aos dois casos onde os testículos foram preservados, constatou-se uma hipotrofia significativa ao exame físico no testículo acometido do caso 10, provavelmente por este mesmo, ter apresentado no momento do ato cirúrgico um falso prognóstico de viabilidade direcionando a conduta cirúrgica para a sua manutenção.

Os dados obtidos dos 8 primeiros casos, foram posteriormente confirmados com a realização do exame ultrassonográfico. Dando continuidade ao estudo ultrassonográfico do testículo contralateral, não foi observada alteração na textura e na cápsula dos mesmos, destacando apenas a presença de varicocele nos casos 1,3,4 e 7, que em nada influencia na gênese ou decorrência da torção testicular.

Em pacientes com idade igual ou superior a 16 anos foi possível realizar espermograma. Na análise do espermograma, primeiramente foi observado uma diminuição do volume do sêmen no caso 1 e no caso 4. Seria prudente que nesses dois casos, o espermograma fosse repetido, pois a situação de estresse a

que o paciente é submetido, pode gerar uma produção muito pobre do líquido seminal. Caso, após feito o espermograma, persistisse um volume de sêmen muito pobre, seria prudente a investigação da próstata e da vesícula seminal do paciente. Quanto à repercussão da torção de testículo sobre este fato, seria muito pouco provável, porque a torção de testículo assim como a varicocele, influenciam na produção de espermatozóides que em termos de contribuição para a formação do volume do líquido seminal, é muito insignificante ^{1,6,18,18}.

Outro dado significativo, foi a redução do número de espermatozóides nos casos 1 e 3. Este fato sim, pode ter como causa a varicocele que se fez presente, nesses dois casos, além da torção testicular ^{18,19}.

O modo como a torção testicular pode influenciar na produção de espermatozóides provém de 3 hipóteses: torções prévias subagudas que o(s) testículo(s) preservado(s) poderiam ter sofrido anteriormente, desencadeamento de uma reação auto imune mediada por anticorpos nos testículos acometidos que são preservados e nos contralaterais ^{19,20}; e, por fim, ambos os testículos seriam portadores de defeitos preexistentes, condicionando-os a uma alteração da espermatogênese e à torção ¹⁹. Essas teorias seriam as prováveis causas da diminuição do número de espermatozóides nesses pacientes.

Esses pacientes não podem ser classificados como inférteis, pois apesar do baixo número de espermatozóides encontrado no espermograma, esses espermatozóides apresentam morfologia normal e viabilidade superior a 50% e uma motilidade do tipo A (rápida e progressiva) superior a 25%.

Finalmente, ainda deve-se levar em conta a idade dos pacientes submetidos ao espermograma (16 anos), que ainda não atingiram o clímax do desenvolvimento sexual, estando os testículos vicariantes, ainda por atingir a capacidade máxima de funcionalidade ^{19,20}.

A casuística do estudo é pequena e 2 motivos podem justificar esse fato: a grande dificuldade em localizar os pacientes e a pouca colaboração para

proceder os exames complementares. Mais difícil ainda é a realização do espermograma que, culturalmente, é um exame em que há grande resistência dos pacientes para ser feito.

Apesar disso, desconhecemos, em nosso meio, outro trabalho que tenha avaliado tardiamente pacientes que sofreram torção do testículo.

Fica sugerido que todos os pacientes acometidos por esta afecção tenham um acompanhamento periódico e criterioso até atingirem os 16 anos de idade, quando, com a realização do espermograma, possa-lhes ser dado um melhor esclarecimento e, nos casos alterados, uma melhor orientação quanto ao tratamento a ser realizado.

6. CONCLUSÕES

1. A torção testicular foi mais freqüente entre 8 aos 16 anos de idade, acometendo mais o testículo esquerdo na proporção de 2:1, e o procedimento cirúrgico mais utilizado foi a orquiectomia com fixação do testículo contralateral.
2. O testículo contralateral apresentou-se, na maioria dos casos, com aspecto e volume normais, porém com uma diminuição no número de espermatozóides.

7. REFERÊNCIAS

1. Gausche M. Genitourinary surgical emergencies. *Ped Ann* 1996; 25:458-64.
2. Sakai AT, Srougi M, Cedenho AP, Sakai Y, Mies S. Efeitos tardios da torção unilateral do cordão espermático sobre o testículo contralateral: estudo experimental em ratos. *J Br Urol* 1981; 17:174-6.
3. Chakraborty L, Nelson L, Yong M. Effects of unilateral torsion of the spermatic cord on the contralateral testis in human and the pig. *Arch Androl* 1980; 4:95-108.
4. Barkley C, York JP, Badalament RA, Nesbitt JA, Snuir JJ, Drago JR. Testicular torsion and its effects on contralateral testicle. *Inv Urol* 1993; 41:192 - 4.
5. Kallerhoff AJ, Bötterfür IC, Zöllner G, Weldner W, Holsteins AF, Ringert RH. The influence of temperature on changes in pH lactate and morphology during testicular ischaemia. *J Br Urol* 1984; 78:440-5.
6. Cerasaro TS, Nachtsiwee DA, Otero E, Parsons CL. The effect of testicular torsion on contralateral testis and the production of antisperm antibodies in rabbits. *J Urol* 1984; 132:577-9.
7. Garat JM. Síndrome escrotal agudo. *Urologia pediátrica*.
8. Chapman RH, Walton M. Torsion of the testis and its appendages. *Br. Med.* 1972; 1, 1: 164-6.
9. Akgür CR, Kiliç K, Aktug T. Reperfusion injury after detorsion of unilateral testicular torsion. *Urol Res* 1993; 21:395-9.
10. Mastroi RA. Escroto agudo. In: - Mastroi R.A. e de Cíndara NV. *Clínica Cirúrgica e Urológica em Pediatria. Diagnóstico e conduta*. Robe Editorial, São Paulo 1997; 45-9.

11. Steinhader GF, Boyarsky S, Mackey R. Testicular torsion: pitfalls of color doppler sonography. *J Urol* 1982; 150:461-2, 1993 8:182-5.
12. Patriquin HB. Testicular torsion in infants and children: diagnosis with doppler sonography. *Radiology* 1993; 781-5.
13. Yazbeck S, Patriquin H. Accuracy of doppler sonography in the evaluation of acute conditions of the scrotum in children. *Journal of Pediatric Surgery*, vol 29, 1994; p1270-2.
14. Lewis AG, Bukowski TP, Jarvis PD, Wacksman J, Sheldon C. Evaluation of acute scrotum in the emergency department. *Journal of Pediatric Surgery*, vol 30, 1995; p 277-82.
15. Cilento BG, Najjar SS, Atala A. Cryptorchidism and testicular torsion. *Pediatric Clinics of North America*, vol 40, 1993; pp 1133- 47.
16. Watkin NA, Reiger NA, Moisey CU. Is the conservative management of the acute scrotum justified on clinical grounds? *J Br Urol* 1996; 78:623-7.
17. Sperrf L, Glass RH, Kase NG. *Endocrinologia Ginecológica Clínica e Infertilidade. Estudo do casal infértil*. São Paulo: Manole 1980; (15).
18. Araujo E.J. Efeitos da torção do cordão espermático sobre os parâmetros seminais dos testículos contralaterais em ratos pré-puberais. [Tese Doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina 1998; p 56.
19. Brandt MT, Suelton CA, Wacksman J, Matthews P. Prenatal testicular torsion: principles of management. *J Urol*. 1992; 147:670-2.
20. Saugstad OD. Hypoxanthine as an indicator of hypoxia: its role in health and disease through free radical production. *Ped. Res.* 1988; 23:143-50.
21. Scott JH, Harty JL, Howerton LW. The management of testicular torsion in the acute pediatric scrotum. *J Urol*. 1983; 129:558-9.

RESUMO

A torção testicular é uma das mais freqüentes emergências na urologia pediátrica.

Foi realizado um estudo retrospectivo dos pacientes acometidos por esta afecção, atendidos no Hospital Infantil Joana de Gusmão, realizando-se exame físico e exames complementares.

A idade do acometimento oscilou do período neonatal até os 16 anos de idade, com maior incidência em pacientes com mais de 8 anos de idade.

Nesse estudo, ocorreu um maior acometimento do lado esquerdo, numa proporção de 2:1, sendo a orquiectomia do testículo acometido com a fixação contralateral, o procedimento terapêutico mais utilizado.

Avaliou-se também o volume dos testículos acometidos que foram preservados, bem como o dos contralaterais, onde foi observada hipertrofia em 3 testículos vicariantes.

Foi feita a análise do espermograma nos pacientes com idade superior a 16 anos no momento do exame, sendo constatado um número diminuído de espermatozóides nos mesmos.

ABSTRACT

The sprain of testicles is one of the most frequent emergencies in pediatric urology.

We realized a retrospective historic with patients that have this diagnose at “Hospital Infantil Joana de Gusmão”; we examined them and realized complementary exams.

We found patients in neonatal period, and the older was 16 years. We found frequently patients with more than 8 years.

In this study there were more cases in the left testicle, in the proportion of 2:1, and the orquitectomy of the illness' testicle and fixation of the other testicle was the treatment realized in more cases.

We verified the illness testicle's volume that were preserved, and the testicle of the other side, where were observed 3 testicles with hypertrophy.

We analyzed the sperm of the patients that had more than 16 years in the moment of the exam, and we verified a poor number of sperm's cells.

APÊNDICE

Segue neste o protocolo utilizado para a confecção do trabalho.

ANEXO 1
EXAME FÍSICO DIRIGIDO
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO

NOME:

IDADE:

DATA DA CIRURGIA:

TIPO DE PROCEDIMENTO:

TESTÍCULO ACOMETIDO:

Bolsa escrotal:

- ☐ Normal
- ☐ Hidrocele direita
- ☐ Hidrocele esquerda
- ☐ Varicocele direita grau I II III
- ☐ Varicocele esquerda grau I II III

Observações:

Testículo Acometido:

- ☐ Normal
- ☐ Retrátil
- ☐ Impalpável
- ☐ Hipotrófico
- ☐ Hipertrófico
- ☐ Presença de prótese

Testículo Contra-lateral:

☐ Normal

☐ Retrátil

☐ Impalpável

☐ Hipotrófico

☐ Hipertrófico

☐ Presença de prótese

ANEXO 2

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DOS PACIENTES COM TORÇÃO TESTICULAR. EXAME ULTRASSONOGRÁFICO

NOME:

IDADE:

REGISTRO:

Tipo de procedimento:

- ☐ Orquiectomia
- ☐ Destorção e fixação do testículo acometido
- ☐ Orquiectomia com orquidopexia contra-lateral
- ☐ Orquidopexia bilateral
- ☐ Prótese testicular presente

Simetria:

- ☐ Testículos simétricos
- ☐ Testículos assimétricos com atrofia do lado acometido
- ☐ Orquiectomia com o testículo contra-lateral de tamanho normal
- ☐ Orquiectomia com o testículo contra-lateral de tamanho reduzido

Volume: Diam. AP. X Diam. Long. X Diam. Transv. X 0,52

Testículo acometido

Diâmetro ântero-posterior: cm

Diâmetro longitudinal: cm

Diâmetro transversal: cm

Volume: cm^3

Testículo contra-lateral:

Diâmetro ântero-posterior: cm

Diâmetro longitudinal: cm

Diâmetro transversal: cm

Volume: cm^3

Textura:

- ☐ Testículo acometido hipoecogênico
- ☐ Testículos com ecogenicidade normal
- ☐ Testículo contra-lateral hipoecogênico
- ☐ Testículo acometido hiperecogênico

Albugínea:

- ☐ Espessada
- ☐ Normal
- ☐ Atrofiada

Doenças associadas:

- ☐ Varicocele
- ☐ Hidrocele
- ☐ Alteração no cordão espermático
- ☐ Comprometimento na vascularização testicular
- ☐ Hérnia inguinal

Observações

**TCC
UFSC
PE
0443**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0443

Autor: Silva, Humberto Jo

Título: Torção do testículo..



972805250

Ac. 254033

Ex.1 UFSC BSCCSM